Geschäftsstelle:
Montessori-Berufsverband e.V.
Starnberger Str. 5
82343 Pöcking

Kurskontakt:
Mobil: +49 (0)173-5636228
E-Mail: info@therapie-montessori.de
Internet: www.therapie-montessori.de

Montessori Therapie-Fortbildung
Therapy Training

Registrierung für die Montessori-Therapie-Fortbildung

Ich beantrage hiermit die Registrierung für den nächsten Fortbildungskurs zur Montessori-Therapie:

◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Nachname		Vorname	
Straße/Nr.		Tel.	
PLZ/Wohnort		Land	
E-Mail		Beruf	
Geb. Datum	TT/MM/JJJJ	Geb.Ort	

Berufstätig: ◯ ja ◯ nein

Ausgeübter Beruf:			
Berufsausbildung:			
Montessori-Diplom/Zertifikat:			
Anbieter:		Ort:	
Zeitraum:		Kategorie:	

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben. Per Mail an info@therapie-montessori.de
Ebenso die Anlagen und Datenschutzerklärung (siehe 2. Seite)

Hinweis zur Vorabregistrierung

Diese Anmeldung stellt eine Vorabregistrierung zur Teilnahme an der Montessori-Therapie-Fortbildung dar. Nach Eingang und Prüfung Ihrer vollständigen Unterlagen erhalten Sie eine Registrierungsbestätigung, mit der Ihr Platz im nächsten Fortbildungskurs vorläufig gesichert ist.

Sobald die Kursplanung abgeschlossen ist, erhalten Sie automatisch alle relevanten Informationen zu Starttermin, Ablauf und Organisation der Fortbildung. Der verbindliche Ausbildungsvertrag (inkl. Zahlungsmodalitäten) kommt erst mit Abschluss der Kursplanung zustande.

Bitte fügen Sie Ihrer Bewerbung folgende **Unterlagen** als PDF-Datei bei:

- einen tabellarischen Lebenslauf (gern mit aktuellem Foto zur besseren Zuordnung)
- einen Nachweis Ihrer abgeschlossenen Montessori-Ausbildung (z. B. Diplom) *alternativ*: eine aktuelle Teilnahmebestätigung, wenn sich Ihre Ausbildung noch im Abschluss befindet

Datenschutz (DSGVO) und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe. Ich willige ein, dass meine angegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zum Zweck der Organisation, Durchführung, Vor- und Nachbereitung der Montessori-Therapie-Fortbildung verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden nicht veröffentlicht und nicht an Dritte weitergeben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zum Zweck der Information und Kommunikation in einen E-Mail-Verteiler aufgenommen wird. Ich kann dieser Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Weitere Informationen zum Datenschutz befinden sich am Seitenende der Homepages: www.montessori-berufsverband.de oder www.therapie-montessori.de

Ort, Datum _____ Unterschrift _____